



Netta Mursu

**ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS PSYKIATRISISSA LAITOSHOIDOSSA POTILAIEN  
ITSENSÄ KUVAAMANA**



# **ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS PSYKIATRISISSA LAITOSHOIDOSSA POTILAIKEN ITSENSÄ KUVAAMANA**

Netta Mursu  
Opinnäytetyö  
Syksy 2012  
Hoitotyönkoulutusohjelma  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu



## TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijä: Netta Mursu

Opinnäytetyön nimi: Itsemääräämisoikeus psykiatrisessa laitoshoidossa potilaiden itsensä kuvaamana

Työn ohjaaja: Kaisa Koivisto

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2012

Sivumäärä: 44 + 5 liitesivua

---

Opinnäytetyössä kuvaillaan psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudestaan hoitonsa aikana. Valitsin tämän aiheen, koska se on tärkeä ammatillisuuteni kannalta valmistuttuani psykiatriaankin syventyneeksi sairaanhoitajaksi.

Tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista ja kuvailevaa tietoa itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ja sen rajoittamisesta hoidossa olleiden henkilöiden omasta näkökulmasta. Tavoitteena oli myös kartoittaa sitä, mitä itsemääräämisoikeus heille tarkoittaa ja miten he toivoisivat itsemääräämisoikeuden toteutuvan. Kyseessä on laadullinen tutkimus. Tiedonantajina toimi kolme psykiatrisessa laitoshoidossa ollutta henkilöä, ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä. Aineisto käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että itsemääräämisoikeutta pidettiin oman tahdon kunnioittamisena, itsenäisyytenä ja kuulluksi tulemisena. Mahdollisuutta ilmaista mielipiteensä ja vaikuttaa hoitoon pidettiin tärkeänä. Tiedonantajien itsemääräämisoikeus toteutui vaihtelevasti. Parhaiten se toteutui jokapäiväisissä toiminnoissa, kuten syömisessä, nukkumisessa ja omasta hygieniasta huolehtimisessa. Itsemääräämisoikeuden toteutumisena pidettiin myös kokemusta siitä, että voi vaikuttaa omaan hoitoonsa ja hoidon pituuteen. Itsemääräämisoikeuden ulkopuolelta keskusteluapua pidettiin tärkeänä, mutta sen saannissa koettiin olevan puutteita. Tiedonsaanti omasta hoidosta ja sairaudesta koettiin myös yleisesti riittämättömäksi. Rajoittamisen kokemuksina tiedonantajat kuvailivat fyysistä rajoittamista (leposide eristys), vastentahtoista hoitoa, liikkumisen rajoittamista, puhelimen haltuunottoa, lääkitykseen painostamista ja lääkitsemättä jättämistä. Rajoittaminen aiheutti paljon negatiivisia tunteita.

Tutkimuksesta saatu tieto auttaa ymmärtämään psykiatrisen potilaan asemaa ja oikeuksia ja sen myötä kehittämään ammattiosaamista. Jatkossa voisi tutkia myös hoitohenkilökunnan ajatuksia samasta aiheesta ja verrata tuloksia keskenään. Mikäli aihetta tutkittaisiin havainnointitutkimuksen menetelmin psykiatrisessa sairaalassa, saataisiin myös tietoa siitä, toteutuvatko potilaan oikeudet lain mukaisesti.

---

Asiasanat: Itsemääräämisoikeus, mielenterveys, psykiatrinen potilas, rajoittaminen



## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author: Netta Mursu

Title of thesis: Right to Self-determination in Psychiatric Institution Described by Patients

Supervisor: Kaisa Koivisto

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2012      Number of pages:44+5

The purpose of this study was to describe how patients experienced their right to self-determination during their inpatient time in psychiatric institution.

The aim of the study was to produce experiential and descriptive knowledge of the achievement of self-determination and its limitation from the perspective of persons in care. The aim was also to find out what the right to self-determination meant to the patients in psychiatric ward and how they expected self-determination to be achieved.

The study was quantitative. The data was gathered through theme-based interviews from three persons who had been hospitalized in psychiatric institution. The data was analyzed using the method of data-based content analysis.

The study revealed that interviewed persons thought that the right to self-determination manifested itself as the right to respect, independence and being heard. A chance to express opinions and to make choices regarding one's own care was highly appreciated. The people interviewed felt that their right to self-determination was respected in everyday activities such as eating, sleeping and personal hygiene. They also felt that they could influence their treatment and the length of hospitalization. The informants thought that their right to self-determination was hampered by lack of conversational helping methods and lack of information regarding their condition and the treatment they received. The informants described as restrictions to their self-determination the following experiences: Physical restraining, involuntary treatment, confinement to hospital area, confiscation of mobile phone, coercing into taking medicines or withholding medicines. Restrictions caused a lot of negative emotions for the answerers.

This study helps to understand the rights and status of psychiatric patients. The results suggest that people treated as inpatients in psychiatric institutions feel that their right to self-determination is not totally achieved. It could be beneficial in further studies to find out what psychiatric personnel think about the achievement of patients' right to self-determination in inpatient care and compare the result to the outcomes of this study. Also with an observational study it could be examined if the patients' rights in psychiatric institutions are accomplished according to the law.

Keywords: Right of self-determination, Psychiatric patient, mental health, restricting



## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT .....	4
1 JOHDANTO .....	7
2 PSYKIATRISEN POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS LAITOSHOIDOSSA.....	9
2.1 Psykiatrinen potilas .....	9
2.2 Mielenterveyspalvelut .....	9
2.3 Itsemääräämisoikeus psykiatrisella potilaalla.....	10
2.3.1 Tahdosta riippumaton hoito .....	12
2.3.2 Sitominen, kiinnipito, eristys.....	13
2.3.3 Muut rajoitukset.....	14
2.4 Eurooppalainen näkökulma .....	15
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	16
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	17
4.1 Laadullinen tutkimus.....	17
4.2 Tutkimukseen osallistujien valinta .....	18
4.3 Teemahaastattelu ja aineiston keruumenetelmä.....	18
4.4 Aineiston analyysi.....	21
5 TUTKIMUS TULOKSET .....	24
5.1 Itsemääräämisoikeus käsitteenä.....	26
5.2 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen .....	27
5.3 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.....	29
5.4 Oikeus keskusteluapuun ja tiedonsaantiin .....	32
6 POHDINTA.....	35
6.1 Tulosten vertaaminen aiempiin tutkimustuloksiin ja kirjallisuuteen .....	35
6.2 Luotettavuus .....	36
6.3 Eettisyys .....	37
6.4 Tutkimuksen tekemiseen liittyvää pohdintaa ja omat oppimiskokemukset .....	39
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET .....	41



LÄHTEET.....	42
LIITTEET.....	45



## 1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen lähtökohtana ovat psykiatristen potilaiden kokemukset itsemääräämisoikeudestaan laitoshoidon aikana. Koska itsemääräämisoikeuteen puututaan paljon psykiatrisessa sairaalahoidossa, oli tarpeellista tutkia, miten potilaat sen kokevat. Jotta itsemääräämisoikeudella olisi merkitystä, on hoidossa olevalle potilaalle annettava riittävästi tietoa, niin että hän voi itse muodostaa käsityksen asioista (Pajukoski 2010, 72). Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeutta laitoshoidon aikana määrittää Mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22A§). Yksi suurimpia itsemääräämisoikeuden rajoitteita on potilaan määrääminen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 8§).

Mielenterveyteen vaikuttavat erilaiset psyykkiset häiriöt ja sairaudet, jotka rajoittavat sairastuneen ja hänen läheistensä elämää. Vakavat psyykkiset häiriöt voivat taannuttaa ihmisen lähes kokonaan, jolloin sairastunut sulkeutuu yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. (Pajukoski 2010, 71.) On kuitenkin muistettava, että vakavastikin häiriintynyt voi suoriutua hyvin useilla eri elämän osa-alueilla. Nykypäivänä psykiatrista potilasta pidetään omista asioistaan vastuussa olevana ja ammattilaisien kanssa yhteistyötä tekevänä kumppanina. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007. 18–19.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudestaan hoitonsa aikana. Tavoitteena on tuottaa kokemuksellista ja kuvailevaa tietoa itsemääräämisestä hoidossa olleiden henkilöiden omasta näkökulmasta. Tutkimus sai alkunsa omasta kiinnostuksestani aiheita kohtaan. Kiinnostus aiheeseen heräsi jo muutama vuosi sitten aiemmissa ammatillisissa opinnoissa, ja nyt sen tutkimiseen tarjoutui tilaisuus opinnäytetyön muodossa. Valitsin tämän aiheen, koska se on tärkeä ammatillisuuteni kannalta valmistuttuani psykiatriaan syventyneeksi sairaanhoitajaksi. Yhteistyökumppanina toimi Hyvän mielen talo ry,



jonka kautta sain tiedonantajat tutkimusta varten. Työ toteutui laadullisin tutkimusmenetelmin.

Haastattelin kolmea psykiatrisen laitospotilaan kokenutta henkilöä heidän omista kokemuksistaan teemahaastattelumenetelmällä. Jokainen haastattelu toteutettiin erikseen Hyvän mielen talon tiloissa. Tarvittavan tiedon keräämiseksi riitti yksi haastattelukerta tiedonantajaa kohden. Haastateltavat kuvailivat tilanteita, joissa heillä oli mahdollisuus itsemääräämisoikeuteen hoidon aikana, ja vastaavasti tilanteita, joissa ei ollut. He myös kuvailivat sitä, minkälaisena itsemääräämisoikeuden rajoittaminen heille näyttyi ja millä tavalla psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus tulisi säilyttää. Erityisesti he kuvailivat omista lähtökohdistaan käsin sitä, miten itsemääräämisoikeus olisi tullut säilyttää juuri heidän kohdallaan.





## 2 PSYKIATRISEN POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS LAITOSHOIDOSSA

### 2.1 Psykiatrinen potilas

Nykypäivänä psykiatrasta potilasta pidetään omista asioistaan vastuussa olevana ja ammattilaisten kanssa yhteistyötä tekevänä kumppanina (Lönngqvist ym. 2007, 18). Psykiatriassa diagnosointi perustuu tautiluokituksen erilaisten psykiatrinen oirekuvauksen ja oireiden keston toteamiseen (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2008, 27). Mielenterveyteen vaikuttavat erilaiset psyykkiset häiriöt ja sairaudet, jotka rajoittavat sairastuneen ja hänen läheistensä elämää (Pajukoski 2010, 71).

Sairaus tai häiriötila haittaa muun muassa kykyä selviytyä jokapäiväisistä toiminnoista, kuten liikkumisesta, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisesta, arkiaskareista ja asioinnista. Se häiritsee myös vuorovaikutustaitoja ja vaikuttaa sosiaaliseen elämään, työhön ja opiskeluun. Vakavat psyykkiset häiriöt voivat taannuttaa ihmisen lähes kokonaan, jolloin sairastunut sulkeutuu yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. (Pajukoski 2010, 71.) On kuitenkin muistettava, että vakavastikin häiriintynyt ihminen voi suoriutua hyvin useilla eri elämän osa-alueilla (Lönngqvist ym. 2007, 19).

### 2.2 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalvelut ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, jotka kuuluvat mielenterveystyöhön. Mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyön tarkoittavan ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyötä on myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 1§.) Mielenterveyspalveluihin sisältyy ohjaus,



neuvonta, tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki, mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalveluiden järjestämisestä alueellaan. Erikoissairaanhoidon annettavista mielenterveyspalveluista taas huolehtii sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueella esiintyvä tarve edellyttää. Palvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina. Näin tuetaan itsenäistä suoriutumista ja oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 3§-4§.)

Avopalveluina pyritään varhaiseen tunnistamiseen, mielenterveyshäiriöiden ehkäistämiseen ja asianmukaiseen hoitoon ja kuntoutukseen. Erikoissairaanhoidossa järjestetään mielenterveyspalveluna myös psykiatrista sairaalahoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Mielenterveyshäiriötä potevalla henkilöllä on oikeus myös hänen tarvitsemaansa kuntoutukseen liittyvään tuki- tai palveluasumiseen. Mielenterveyspalveluita on muodostuttava toiminnallinen kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 5§.) Vaikka palveluita tuottavat ennen kaikkea kunnat ja sairaanhoitopiirit, on järjestöjen ja muiden yksityisten palveluntuottajien rooli mielenterveyspalveluissa kasvussa (Stakes 2007).

### **2.3 Itsemääräämisoikeus psykiatrisella potilaalla**

Itsemääräämisoikeus perustuu oikeudelle vapauteen. Se on yhtä kuin autonomia, ja autonomia määritellään itsehallinnoksi, itsemääräämiseksi ja omien lakien luomiseksi. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 138.) Jotta itsemääräämisoikeudella olisi merkitystä, on hoidossa olevalle potilaalle annettava riittävästi tietoja, niin että hän voi itse muodostaa käsityksen asioista (Pajukoski 2010, 72).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää potilaan itsemääräämisoikeutta sairaanhoidossa. Lain 3 §:ssä sanotaan, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään ter-



veyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä niin, ettei potilaan ihmisarvoa loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Kaikki hoito on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos hän kieltäytyy hoidosta tai toimenpiteestä, on häntä hoidettava jollain muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 3§, 6§.)

Mielenterveydenhäiriöistä kärsivistä potilaista sanotaan laissa, että ellei täysi-ikäinen potilas itse pysty päättämään hoidostaan, on hänen laillista edustajaansa, lähiomaista tai muuta läheistä kuultava ennen tärkeiden hoitopäätösten tekemistä. Näin selvitetään, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan omaa tahtoa. Jos selvitystä ei kaikesta edellä mainitusta huolimatta saada, on potilasta hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen etujensa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. 6§.)

Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeutta laitoshoidon aikana määrittää kuitenkin ennen kaikkea Mielenterveyslaki. Sen 4A-luvussa mainitaan, että potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain sen verran, kun sairauden hoito, potilaan turvallisuus, jonkun toisen turvallisuus tai jokin muun Mielenterveyslaissa säädetyn edun turvaaminen vaatii. Toimenpiteiden suorituksen tulee tapahtua mahdollisimman turvallisesti ja hänen ihmisarvoaan kunnioittaen. Kun itsemääräämisoikeutta aletaan rajoittaa, on potilaan sairaalassa olon perusteisiin kiinnitettävä erityistä huomiota. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22A§.)

Kaikista itsemääräämisoikeutta rajoittavista rajoituksista on pidettävä kirjaa valvonnan turvaamiseksi. Siinä tulee näkyä potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot ja rajoituksen määränneen lääkärin ja rajoituksen suorittajien nimet. Tiedot on poistettava kahden vuoden kuluttua. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22k§.) Potilaat voivat hakea muutosta rajoituksiin ja hoitoon määräämiseen hallinto-oikeudelta (Pajukoski 2010, 77).



### 2.3.1 Tahdosta riippumaton hoito

Yksi suurimpia itsemääräämisoikeuden rajoitteita on potilaan määrääminen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon. Hoitoon voidaan määrätä vain, jos 1) potilaan todetaan olevan mielisairas, 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa, niin että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi mielisairautta tai vakavasti vaarantaisi potilaan terveyden tai turvallisuuden taikka jonkun muun henkilön terveyden tai turvallisuuden, 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Jotta potilas voitaisiin määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, tulee kaikkien kolmen kohdan täyttyä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 8§.)

Jotta saataisiin selville, voidaanko potilas määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, hänet tulee ottaa sairaalaan tarkkailuun. Mikäli lääkäri pitää potilaan hoitoa välttämättömänä, hänen tulee laatia kirjallinen tarkkailulähetteen. Sen tulee sisältää kannanotto siitä, onko potilaan hoitoon määräämiselle edellytyksiä. Jos tarkkailun aikana käy ilmi, että edellytyksiä tahdosta riippumattomaan hoitoon ei ole, on tarkkailusta välittömästi luovuttava ja potilas poistettava sairaalasta hänen sitä halutessaan. Päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairaskertomuksen perusteella tekee aina sairaalan ylilääkäri tai joku muu tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri. Päätös on tehtävä neljän päivän kuluessa tarkkailuun ottamisesta. Tahdosta riippumaton hoito voi kestää kerrallaan vain kolme kuukautta. Jos kolmen kuukauden kuluttua vielä vaikuttaa siltä, että edellytyksiä tahdosta riippumattoman hoidon jatkamiselle on, täytyy tehdä uusi tarkkailulausunto. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 9§-12§.)

Myös sairaalaan omasta tahdostaan tullut voidaan ottaa tarkkailuun, jos hän haluaa poistua sairaalasta ja hoidon lopetuksesta päättävä lääkäri on sitä mieltä, että edellytyksiä on tahdosta riippumattomaan hoitoon. Jos käy ilmi, että hoitoon määrättyllä ei hoidon aikana ole edellytyksiä määrättyyn hoitoon, on tahdonvastainen hoito lopetettava välittömästi ja potilas poistettava sairaalasta, mikäli hän niin haluaa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 13§-14§.)



Tahdosta riippumattomassa hoidossa saa käyttää vain sellaisia lääketieteellisiä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vaarantaisi vakavasti potilaan tai jonkun muun terveyden tai turvallisuuden (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 22b§). Noin joka kolmas psykiatrisessa sairaalahoidossa oleva potilas on tahdosta riippumattomassa hoidossa. Tämä tarkoittaa sitä, että joka vuosi hoidetaan Suomessa noin 9000 potilasta heidän tahdostaan riippumatta. (Pajukoski 2010, 76.)

### **2.3.2 Sitominen, kiinnipito, eristys**

Hoitava lääkäri päättää hoito- ja tutkimustoimenpiteistä. Lääkäri päättää myös potilaan kiinnipidosta tai sitomisesta ja muista rajoitustoimenpiteistä. Kiireellisissä tapauksissa saa joku hoitohenkilökuntaan kuuluva väliaikaisesti sitoa tai eristää potilaan, mutta asiasta on välittömästi ilmoitettava lääkärille. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 22e§.)

Potilas voidaan eristää muista potilaista, jos hänen käytöksensä tai uhkailun perusteella on syytä olettaa, että hän todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita. Eristämistä voidaan käyttää myös silloin, jos potilas käytöksellään vaikeuttaa vakavasti muiden hoitoa, todennäköisesti vahingoittaisi omaisuutta tai jos potilaan eristäminen on jostain muusta painavasta syystä välttämätöntä. Eristetylle on annettava soveltuva vaateetus. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 22e§.)

Myös vapaasta tahdosta olevan potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa lain määäämin edellytyksin. Sitomista, kiinnipitoa ja muita vastaavia rajoituksia saa käyttää vain, jos se on hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran välttämiseksi välttämätöntä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 22a§.)

Kiinnipito, eristys tai sitominen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Näiden toimenpiteiden ajaksi potilaalle on määrättävä vastuuhoitaja, joka huolehtii potilaasta ja mahdollistaa keskustelun hoitohenkilökunnan kanssa potilaan niin halutessa. Sidotun potilaan tilaa on seurattava niin, että joku hoitohenkilökuntaan kuuluva



on jatkuvassa näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22f§.)

### 2.3.3 Muut rajoitukset

Potilaan liikkumista voidaan rajoittaa. Häntä saadaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai tietyistä tiloista. Potilas voidaan myös noutaa sairaalaan, mikäli hän ilman lupaa jättää palaamatta sinne. Potilaan liikkumisvapautta rajoitettaessa saa hoitohenkilöstö käyttää sellaisia voimakeinoja, jotka ovat tarpeen ja joita voidaan pitää puolustettavina. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22d§.)

Mikäli potilaalla on hallussaan päihteitä, niiden käyttöön soveltuvia välineitä tai hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä, saadaan ne ottaa haltuun potilaalta. Myös yleistä järjestystä haittaavat aineet ja esineet voidaan ottaa haltuun, samoin potilaan rahat, jos potilas todennäköisesti itse hävittäisi ne. Mikäli potilaalla epäillään olevan hallussaan tällaisia aineita tai esineitä, saadaan hänelle suorittaa henkilöntarkastus ja hänen omaisuutensa, hänen käytössään olevat tilat ja hänelle tulleet lähetykset tarkastaa kirjeitä lukematta. Potilaan omaisuuden tarkastus on suoritettava kahden henkilökuntaan kuuluvan henkilön läsnä ollessa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22g§–22i§.)

Jos potilaan epäillään olevan päihteen vaikutuksen alaisena tai epäillään, että hänellä on siihen tarkoitettuja aineita tai esineitä kehossaan, hänelle voidaan tehdä henkilöntarkastus, mikä sisältää potilaan ruumiin tarkastamisen, puhalluskokeen ja veri-, virtsa- tai sylkinäytteen ottamisen. Tarkastuksen suorittaa kaksi hoitohenkilöstöön kuuluvaa. Hoidon päätyttyä kaikki potilaalta haltuun otettu omaisuus on palautettava, jollei siitä jossain laissa toisin säädetä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22g§, 22i§.)

Potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle voidaan rajoittaa, mikäli siitä on vakavaa haittaa potilaalle tai jonkin muun henkilön yksityisyys vaatii suojelua. Tästä syystä potilaan lähettämä tai hänelle lähetetty kirje tai muu viesti saadaan ottaa haltuun ja lukea. Myös potilaan hallussa olevat yhteydenpitoon käytettävät välineet saadaan ottaa hal-



tuun tai niiden käyttöä voidaan rajoittaa. Pidätetyt kirjeet on pidettävä erillään potilaspapereista. Ennen yhteydenpidon rajoituksia potilaalla on oikeus tulla kuulluksi, kuten myös tiedossa olevilla muilla asianosaisilla. Rajoituspäätöksen tulee olla määräaikainen ja voimassa korkeintaan 30 päivää kerrallaan. Potilaan ja viranomaisten tai potilasiamiehen välistä yhteydenpitoa ei saa rajoittaa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22j§.)

## 2.4 Eurooppalainen näkökulma

Suomi on hyväksynyt Euroopan ihmisoikeussopimuksen, jonka mukaan vapauden riisto on toimitettava aina lain määräämässä järjestyksessä. Sopimus koskee myös psykiatrisia potilaita. (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999, 7.) Vapaudenriiston kohteeksi joutuneelle henkilölle on välittömästi ilmoitettava riiston perusteet ja häneen kohdistuvat syytteet. Hänellä on oikeus oikeudenkäyntiin (myös suulliseen) kohtuullisen ajan kuluessa, jossa hän voi vaatia vapaudenriiston laillisuuden tutkimista ja siitä vapauttamista, mikäli se ei ole laillinen. Jos näin todetaan, on henkilöllä oikeus myös hakea vahingonkorvausta. (Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999.)

Vapaaehtoisesti psykiatriseen sairaalaan pääsy Euroopassa on ollut mahdollista vasta vähän ennen 1900-luvun puoliväliä. Euroopan mielenterveyslait ovat sisällöltään vaihtelevia. Yhtenäistä on se, että ne säätelevät pakon käytöstä. Vaikka lakeja on uudistettu moneen kertaan, yksityiskohtaisesti pakon käytöstä oli säädetty vuoteen 2001 mennessä vain kuudessa valtiossa. Suomi ei kuulu näihin. Eristys on Tanskassa kiellettyä, sitominen taas on kiellettyä Hollannissa ja Englannissa. Pakkolääkitykseen liittyvät säädökset vaihtelevat maittain. Toisissa maissa se voidaan aloittaa välittömästi, kun taas toisissa se vaatii pitkän lupamenettelyn. (Pylkkänen, Eskola & Hemmi 2010, 3333.)



### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta hoitonsa aikana. Tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista ja kuvailevaa tietoa itsemääräämisoikeuteen liittyen hoidossa olleiden henkilöiden itsensä näkökulmasta. Haastateltavat kuvailivat tilanteita, joissa heillä oli mahdollisuus itsemääräämisoikeuteen hoidon aikana ja vastaavasti tilanteita, joissa ei ollut. He myös kuvailivat sitä, minkälaisena itsemääräämisoikeuden rajoittaminen heille näyttäytyi ja millä tavalla psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus tulisi säilyttää. Erityisesti he kuvasivat omista lähtökohdistaan käsin sitä, miten itsemääräämisoikeus olisi tullut säilyttää juuri heidän kohdallaan.

Tutkimustehtävät muodostettiin kolmeksi kysymykseksi:

1. Miten psykiatrisessa laitoshoidossa olleet potilaat toivoisivat itsemääräämisoikeuden toteutuvan psykiatrisen sairaalahoidon aikana?
2. Millaisia kokemuksia psykiatrisessa laitoshoidossa olleilla potilailla on itsemääräämisoikeuden toteutumisesta hoitonsa aikana?
3. Millaisia kokemuksia psykiatrisessa laitoshoidossa olleilla potilailla on itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta?

Tutkimustulokset toimivat lukumateriaalina aiheesta kiinnostuneille psykiatrisen hoitotyön ammattilaisille ja opiskelijoille. Tavoitteena on, että tutkimuksesta saatu tieto auttaa omalta osaltaan ymmärtämään psykiatrisen potilaan asemaa ja oikeuksia sekä kehittämään ammattiosaamista ja sitä myöten psykiatrista hoitoa. Myös yhteistyökumppanina toiminut Hyvän mielen talo ry voi tarvittaessa myöhemmin hyödyntää tätä lopuraporttia. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myöhemmin myös lähdemateriaalina tutkittaessa samaa ilmiötä.





## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Laadullinen tutkimus

Kyseessä on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Todellisuutta pidetään moninaisena ja tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta kokonaisvaltaisesti. Yleisesti on todettu, että kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimys on ennemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väitteitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Yksi keskeisimpiä laadullisen tutkimuksen merkityksiä on sen mahdollisuus tutkimusilmiön ymmärtämisen lisäämiseen, sillä ilmiöiden ymmärtämiseksi tarvitaan usein myös ihmisten omia kuvauksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57). Laadullinen tutkimustapa sopii tähän tutkimukseen, sillä tarkoitus on kuvailla ihmisten yksilöllisiä kokemuksia. Tällaisia kokemuksia olisi vaikea, jopa mahdoton tilastoida määrällisesti, ja sen takia kvantitatiivinen tutkimustapa ei tule kysymykseen.

Kvalitatiivisella tutkimustavalla voidaan siis tutkia ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä ja näkemyksiä. Eri lähestymistapojen yhteisenä tavoitteena on tutkimusaineistosta samankaltaisuuksien, eroavaisuuksien tai toimintatapojen löytäminen. Laadullisen tutkimuksen tunnuspiirteinä pidetään asioiden tarkastelua niiden luonnollisissa olosuhteissa, yksilön tuntemusten ja toiveiden kuuntelua, tutkimustehtävän täsmennyttä tutkimuksen tekovaiheessa, tutkimuksen liittymistä tiettyyn tilanteeseen ja näin ollen aineiston keruun paikkojen, tilanteiden ja tutkittavan ilmiön tarkkaa kuvaamista. Tunnuspiirteitä ovat myös tutkimustulosten yksityiskohtaisuus, teoriaohjautuvuudesta vapautuminen ja aineiston hakemisen ja keräämisen muovautuminen tutkimusprosessin aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–51.)



## 4.2 Tutkimukseen osallistujien valinta

Tutkimukseen osallistuvat valittiin Hyvän mielen talon yhteyksien kautta. Laadullisen tutkimuksen osallistujien valinta on tarkoituksenmukaista ja harkinnanvaraista. Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistujilla tuli olla kokemuksia itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Tällöin tutkimukseen osallistujat olivat olleet laitoshoidossa psykiatriassa sairaalassa. Haastateltavia kerättiin laittamalla tiedotteita tutkimuksesta Hyvän mielen talon ilmoitustauluille sekä jakamalla tiedotetta sähköpostitse mielenterveyskuntoutujille Hyvän mielen talon yhteyksiä käyttäen. Tiedotteessa oli tietoa tutkimuksesta ja tutkimuksen tekijän eli minun yhteystietoni. Sähköpostitse sekä puhelimitse minuun otti yhteyttä neljä henkilöä, jotka olivat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen. Näillä keinoin löytyi lopullisten tiedonantajien joukko, joka koostui kolmesta henkilöstä. Yhdessä tapauksessa haastattelu ei olisi onnistunut kasvotusten pitkän matkan takia, minkä vuoksi haastattelua ei järjestetty ollenkaan.

Osallistujia valitessa ei ollut merkitystä sillä, missä sairaalassa tai milloin laitoshoido oli ollut. Tärkeintä oli, että haastateltava oli kiinnostunut kertomaan kokemuksistaan. Soveltuvuuteen vaikutti myös tutkittavan kyky osallistua tutkimukseen, aineiston luotettavuus ja se, että kerätty aineisto oli tarpeeksi kattavaa analysoitavaksi. Painoarvoa oli myös sillä, että haastateltavalla oli mahdollisuus tulla Hyvän mielen talolle kasvokkain suoritettavaan haastatteluun.

Haastateltavista kahdella oli takanaan useita vapaaehtoisia laitoshoidojaksoja. Osa jaksoista oli alkanut tarkkailulla, jonka jälkeen hoito muuttui vapaaehtoiseksi. Yhdellä haastateltavalla oli kokemus yhdestä laitoshoidojaksosta, joka oli tahdosta riippumaton. Kaikki hoitojaksot ovat olleet 2000-luvulla.

## 4.3 Teemahaastattelu ja aineiston keruumenetelmä

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty teemahaastattelutekniikalla. Siinä edetään tiettyjen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Esimerkiksi haastateltavaa pyydettiin kuvailemaan, minkälaisissa tilanteissa hänellä oli mah-



dollisuus itsemääräämisoikeuteen hoidon aikana, ja tarkentavana kysymyksenä kysyttiin, miten se näkyi kyseessä olevassa tilanteessa.

Teemahaastattelussa pyritään korostamaan haastateltavan tulkintoja ja merkityksiä asioille ja sitä, miten merkitykset syntyvät. Ihan mitä tahansa ei kuitenkaan voi kysyä, vaan teemahaastattelussa pyritään saamaan merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelman tai -tehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Haastattelutavaksi valitsin teemahaastattelun, sillä teemoitetuilla kysymyksillä pystyin johdattelemaan keskustelua haluamaani suuntaan. Teemat olivat itsemääräämisoikeus, itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.

Haastattelutilanteessa seuraavat kysymykset esitettiin jokaiselle haastateltavalle ja keskustelu rakennettiin niiden varaan.

- Mitä itsemääräämisoikeus sinulle tarkoittaa?
- Kuvaile, millä tavalla itsemääräämisoikeutesi toteutui hoidon aikana?
- Kuvaile, millä tavalla itsemääräämisoikeutesi ei toteutunut tai millä tavalla sitä rajoitettiin?
- Jos itsemääräämisoikeuttasi rajoitettiin, millaisia tuntemuksia se sinussa herätti?
- Jos itsemääräämisoikeuttasi rajoitettiin, millä tavalla sitä käsiteltiin kanssasi?
- Arvio itsemääräämisoikeutesi rajoittamisen tarpeellisuutta hoidon aikana?
- Kerro, millä tavoin itsemääräämisoikeus tulisi säilyttää psykiatrisella potilaalla tai millä tavalla se olisi tullut säilyttää juuri sinun kohdallasi?

Teemakysymysten lisäksi esitettiin tarkentavia kysymyksiä sen mukaan, minkälaista tietoa haastateltavat antoivat. Tarkennusta kysyttiin muun muassa yksittäiseen tapahumaan tai tilanteeseen, kuten ”kertoisitko käytännön esimerkkejä, että miten siellä



sai pitää sen itsemääräämisoikeuden itsellään?” Myös hoidonaikana haastateltaville heränneitä tuntemuksia oli syytä välillä tarkentaa erillisellä kysymyksellä. Esimerkki tällaisesta kysymyksestä on ”sitten kun tuli niitä tilanteita, että meni sinun ja hoitohenkilökunnan näkemykset ristiin, niin minkälaisia tuntemuksia sinulla oli siinä hetkessä”.

Haastatteluaikojen järjestämisessä oli omat haasteensa. Tapaamispaikaksi järjestyi tila Hyvän mielen talolta. Koska tila oli muussakin käytössä, tuli minun aina etukäteen selvittää, milloin tila olisi vapaana ja varata se omaan käyttööni aina kunkin haastattelun ajaksi. Oman aikatauluni, tilan vapaana olon ja tiedonantajien aikataulun yhteen saattaminen oli paikoitellen haastavaa mutta ei ylitsepääsemätöntä. Ainoastaan yhden haastateltavan kanssa ensimmäinen sovittu aika onnistui. Toisen haastateltavan kanssa jouduimme siirtämään haastatteluaikaa kertaalleen, koska aluksi varaamani aika ei sopinut hänelle. Uudelleen sovitusta ajasta minulla ja haastateltavalla oli erilaiset näkemykset. Tästä johtuen sekin meinasi peruuntua, sillä olin itse paikalla puoli tuntia haastateltavaa aiemmin ja luulin, että hän ei tulisi paikalle. Kolmannen haastateltavan tapasin vasta kolmannella sovitulla kerralla. Kahdella ensimmäisellä kerralla hän peruutti tulonsa minun ollessani jo tapaamispaikalla.

Haastattelut suoritettiin siis kasvotusten minun ja tiedonantajan kahdenkeskisissä tapaamisissa. Haastattelin jokaisen tiedonantajan erikseen, ja heistä jokainen antoi luvan äänittää haastattelun myöhempää analysointia varten. Mikäli tiedonantaja olisi kieltänyt haastattelun äänittämisen, olisi sen tallentaminen toteutunut käsin kirjoittamalla. Käsin kirjoitus olisi tietysti tuonut haastatteluihin mukanaan hyvin paljon lisähaastetta ja jotain oleellista olisi saattanut jäädä tallentamatta. Tästä syystä haastattelujen äänittäminen oli erittäin hyvä vaihtoehto.

Tapaamispaikka oli pieni huone, ja haastattelut toteutuivat suljetun oven takana pöydän ääressä vastakkain istuen. Välillä oven ja seinien läpi kantautui ääniä Hyvän mielen talon muista tiloista, mutta pääsääntöisesti haastattelutilanteet olivat hyvin rauhallisia. Yhdenkään haastattelun kohdalla tilanne ei keskeytynyt kesken kaiken. Kerran haastattelun juuri päättyessä tuli Hyvän mielen talon henkilökuntaan kuuluva henkilö ilmoittamaan paikan sulkeutumisesta. Se ei kuitenkaan häirinnyt, koska haastattelu oli juuri



loppunut. Haastattelut kestivät kukin tunnista puoleentoista tuntiin, ja tarvittavan tiedon saamiseksi riitti yksi tapaamiskerta jokaisen tiedonantajan kanssa.

#### 4.4 Aineiston analyysi

Aineiston käsittelyssä käytin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sitä voidaan kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon sisältyy aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistäminen on haastatteluaineiston auki kirjoitusta, josta karsitaan pois epäolennainen. Se voi olla joko asioiden tiivistämistä tai osiin pilkkomista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Ryhmittelyssä aineiston alkuperäisilmaisut käydään tarkasti läpi, ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaisuudet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, joka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tämän jälkeen seuraa abstrahointi, missä erotellaan olennainen tieto tutkimuksen kannalta, ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Ryhmittelyn katsotaan kuuluvan osana abstrahointiin. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisen aineiston käyttämisestä teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Luokitusten yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin se on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.)

Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, missä edetään empiirisestä aineistosta käsitteellisempää näkemystä kohti tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissa käsitteet yhdistellään ja näin ollen saadaan vastaus tutkimustehtävään. Luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet ja niiden sisällöt kuvataan tutkimustuloksissa. Kaikissa tutkimusanalyysin vaiheissa tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112–113.) Alla oleva kuvio 1 esittää aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemisen.



Haastattelun kuunteleminen ja auki kirjoitus sana sanalta --->
Haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen --->
Pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen --->
Pelkistettyjen ilmausten listaaminen --->
Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista --->
Pelkistettyjen ilmauksien yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen --->
Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen niistä --->
Yläluokkien yhdistäminen ja kokoavan käsitteen muodostaminen --->

*KUVIO 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)*

Aineiston analysointia aloittaessani kirjoitin ensimmäiseksi nauhoitetut haastattelut auki sana sanalta. Tämän jälkeen luin jokaisen haastattelun vielä pariin kertaan ja näin ollen sain hyvän kokonaiskuvan haastattelujen sisällöstä. Seuraavaksi karsin haastatteluita kaikki turhat pois niin, että jäljelle jäi vain tutkimuksen kannalta oleelliset asiat. Tämän jälkeen etsin tekstin joukosta pelkistettyjä ilmauksia, jotka kuvaisivat hyvin laajempaa kokonaisuutta. Listasin jokaisen haastattelun pelkistetyt lauseet ensin erikseen ja sen jälkeen kaikkien haastattelujen ilmaisut yhdeksi listaksi, josta yhdistin samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Näin sain pelkistettyjä ilmaisuja yhdistämällä muodostettua myös alaluokkia, joista taas muodostui omat pääluokkansa. Pääluokista muodostui kojoava käsite.

Vielä luokkien muodostuksen jälkeen tuloksia kirjoittaessani palasin useaan kertaan lukemaan haastatteluita. Tein tarvittaessa korjauksia pelkistettyihin ilmauksiin ja poimin



suoria lainauksia, jotka kuitenkin usein muutin enemmän kirjakieliseen muotoon ja poistin lauseiden väleistä maneerinomaisia turhia sanoja. Huolehdimme kuitenkin koko ajan siitä, että suorat lainaukset pysyivät sisällöltään samana.

Esimerkiksi karsittuani haastatteluista turhat lauseet nousi yhdeksi keskeiseksi asiaksi keskusteluapu ja tiedonsaanti. Keräsin kaikista haastatteluista lauseet, jotka kuvasivat keskustelua ja tiedonsaantia, ja muutin ne pelkistetyiksi ilmaisuiksi, kuten muun muassa lauseet ”Mä oon mielestäni saanu aivan liian huonosti tietoa”, ”Ei riittävästi” ja ”En mää muista että siellä mitään hoitoneuvotteluja ois ollu” muuttuivat pelkistetyiksi ilmauksiksi ”Tiedonsaanti hoidosta ja sairaudesta puutteellista”, ”Omasta hoidosta saatu tieto ei ole ollut riittävää” ja ”Ei hoitoneuvotteluita”.

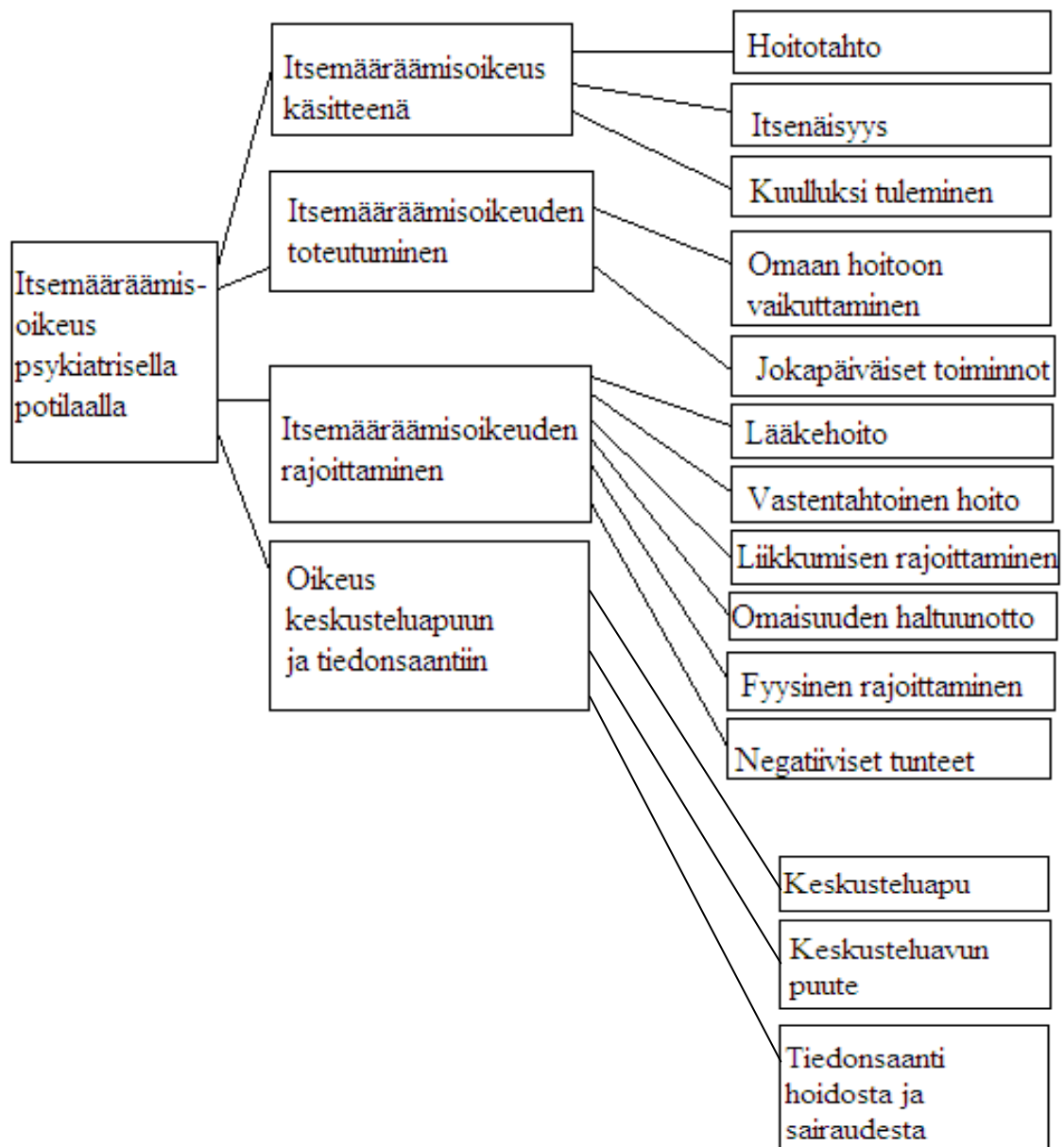
Käytyäni tähän tapaan läpi kaikki haastattelut kokosin samantapaiset pelkistetyt ilmaukset yhteen, jolloin edellä mainituista pelkistetyistä ilmauksista muodostui yksi ilmaisu kuvaamaan laajemmin kokonaisuutta eli ”Tietoa ei saanut riittävästi”. Tätä kyseistä ilmaisua käytin tutkimuksen tuloksissa pelkistettynä ilmauksena. Samaan tapaan muodostui erinäisistä lauseista pelkistetty ilmaisu ”Tietoa itse kysyttävä”. Yhdessä nämä kaksi ilmaisua muodostivat alaluokan ”Tiedonsaanti hoidosta ja sairaudesta”, joka yhdessä muiden alaluokkien kanssa muodosti pääluokan ”Oikeus keskusteluapuun ja tiedonsaantiin”.



## 5 TUTKIMUS TULOKSET

Aineiston analyysin perusteella tutkimustuloksista muodostui neljä pääluokkaa, jotka olivat itsemääräämisoikeus käsitteenä, itsemääräämisoikeuden toteutuminen, itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja oikeus keskusteluapuun ja tiedonsaantiin. Kukin pääluokka muodostui useammasta alaluokasta, ja alaluokat vastaavasti muodostuivat useista pelkistetyistä ilmauksista. Pääluokista muodostui kokoava käsite: itsemääräämisoikeus psykiatrisella potilaalla (kuvio 2).



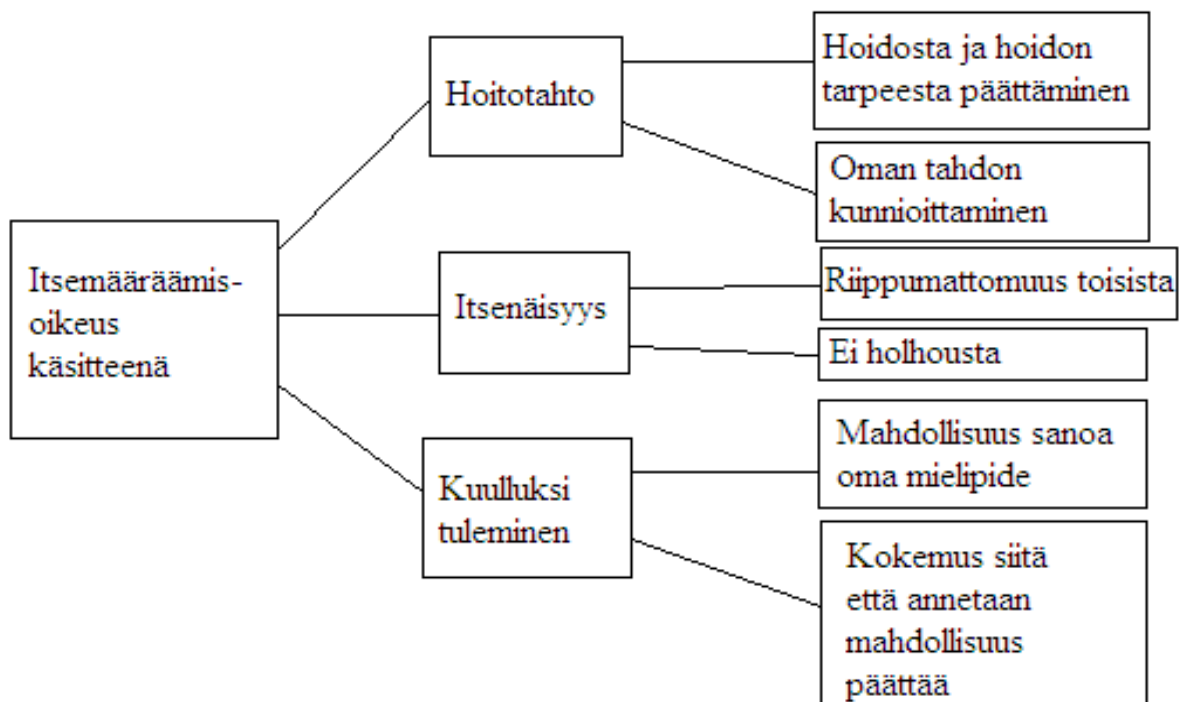


KUVIO 2. Itsemääräämisoikeus psykiatrisella potilaalla. Kokoava käsite, pääluokat ja alaluokat

## 5.1 Itsemääräämisoikeus käsitteenä

Ensimmäisenä haastattelukysymyksenä esitin kysymyksen, mitä itsemääräämisoikeus haastateltavalle tarkoittaa. Näistä vastauksista koostui ensimmäinen pääluokka. Samalla se vastaa myös ensimmäiseen tutkimustehtävään, joka oli, ”miten psykiatrisessa laitoshoidossa olleet potilaat toivoisivat itsemääräämisoikeuden toteutuvan psykiatrisen sairaalahoidon aikana?”

Pääluokka itsemääräämisoikeus käsitteenä muodostui kolmesta alaluokasta, jotka olivat hoitotahto, itsenäisyys ja kuulluksi tuleminen. Hoitotahto-alaluokka tarkoitti hoidosta ja hoidontarpeesta päättämistä sekä oman tahdon kunnioittamista. Itsenäisyys tarkoitti riippumattomuutta toisista ja ei holhousta. Kuulluksi tuleminen taas tarkoitti mahdollisuutta sanoa oma mielipide sekä kokemusta siitä, että annetaan mahdollisuus päättää itse (kuvio 3).



KUVIO 3. Itsemääräämisoikeus käsitteenä. Pääluokka, alaluokat ja pelkistetyt ilmaukset



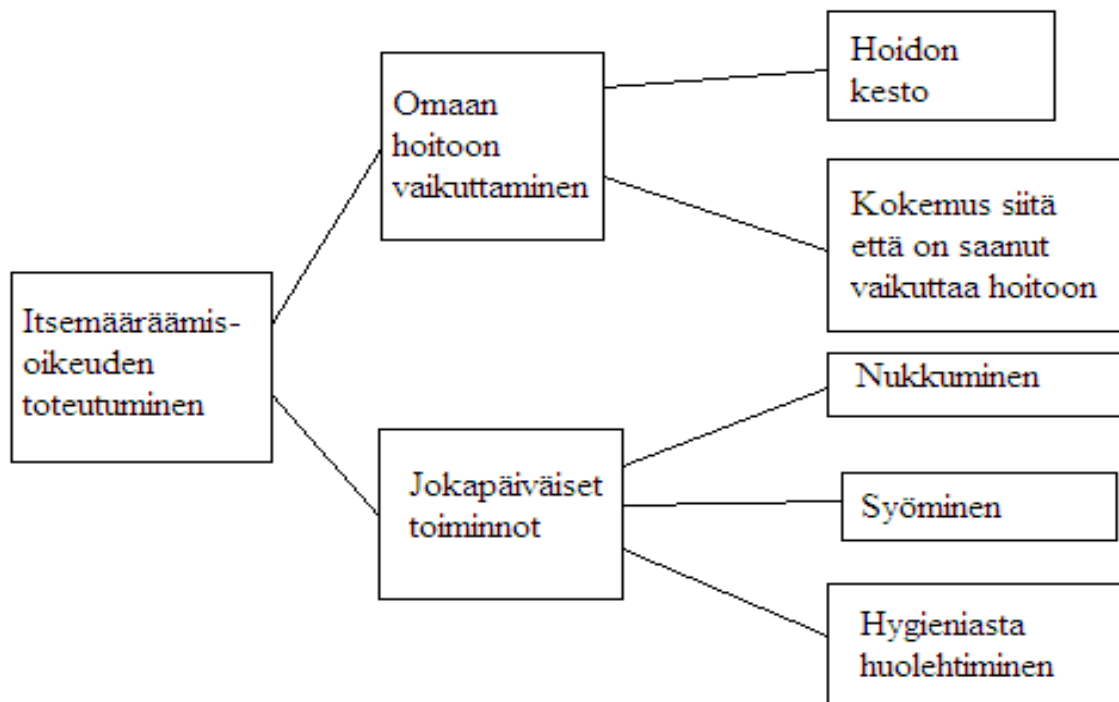
Haastateltavat siis kuvailivat sitä, mitä itsemääräämisoikeus heille tarkoittaa. Hoitotah-to merkitsi tutkimukseen osallistuville hoidosta ja hoidon tarpeesta päättämistä sekä oman tahdon kunnioittamista. Kaksi haastateltavaa kuvaili itsemääräämisoikeutta oman hoidon tarpeen päättämiseksi näin: ”- - lähtökohtaisesti se on just tota, että mä saan itse päättää mun hoidon tarpeen” (itsemääräämisoikeus). ”Tässä on esimerkki mikä minulla on itsemääräämisoikeus tällaisissa asioissa” (kirjallinen hoitotahto).

Yksi haastateltavista kuvasi itsemääräämisoikeutta itsenäisyydeksi, jolloin ei ole riippu-vainen toisista ihmisistä: ”Ei holhousta. En ole riippuvainen kenestäkään. Itsenäinen mutta en yksinäinen.” Itsemääräämisoikeutta kuvattiin myös kuulluksi tulemiseksi eli mahdollisuudeksi sanoa oma mielipiteensä hoitoon liittyen ja kokemukseksi siitä, että annetaan potilaalle itselleen mahdollisuus päättää.

*Aina vaikka ihminen olisi huonommassakin kunnossa, mutta jos se on saa-nut itse päättää että se menee jonnekin. Ja jos se vielä otetaan huomioon että se ei ole terve, niin se on aina eteenpäin sen hoidossa. Koska se että tuntee voivansa jotenkin vaikuttaa siihen. Tuntee voivansa päättää asiois-ta. se on aina semmoinen niin sanotusti voimaannuttava juttu.*

## 5.2 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen

Toinen pääluokka on itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Se koostuu kahdesta ala-luokasta, jotka ovat omaan hoitoon vaikuttaminen ja jokapäiväiset toiminnot. Omaan hoitoon vaikuttaminen merkitsi hoidon kestoa ja kokemusta siitä, että on saanut vai-kuttaa hoitoonsa. Jokapäiväiset toiminnot taas merkitsivät, että voi huolehtia ja kyke-nee huolehtimaan itse nukkumisesta, syömisestä ja hygieniasta (kuvio 4). Tämä pää-luokka vastaa toiseen tutkimustehtävään: ”Millaisia kokemuksia psykiatrisessa laitoshoidossa olleilla potilailla on itsemääräämisoikeuden toteutumisesta hoitonsa aikana?”



KUVIO 4. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Pääluokka, alaluokat ja pelkistetyt ilmaukset

Kuvatessaan sitä, millä tavalla itsemääräämisoikeus oli toteutunut laitoshoidojaksojen aikana, mainitsi kaksi haastateltavista hoidon keston. Hoitojaksot olivat päättyneet joko yhteistyössä henkilökunnan kanssa tai niin, että haastateltava oli itse päättänyt lähteä hoitohenkilökunnan vastakkaista kehotuksista huolimatta: ”Minä lähin pois sieltä. Minä samalle yölle sanoin että minä lähden. Ne sano että ei kannata lähteä. Minä lähin.”

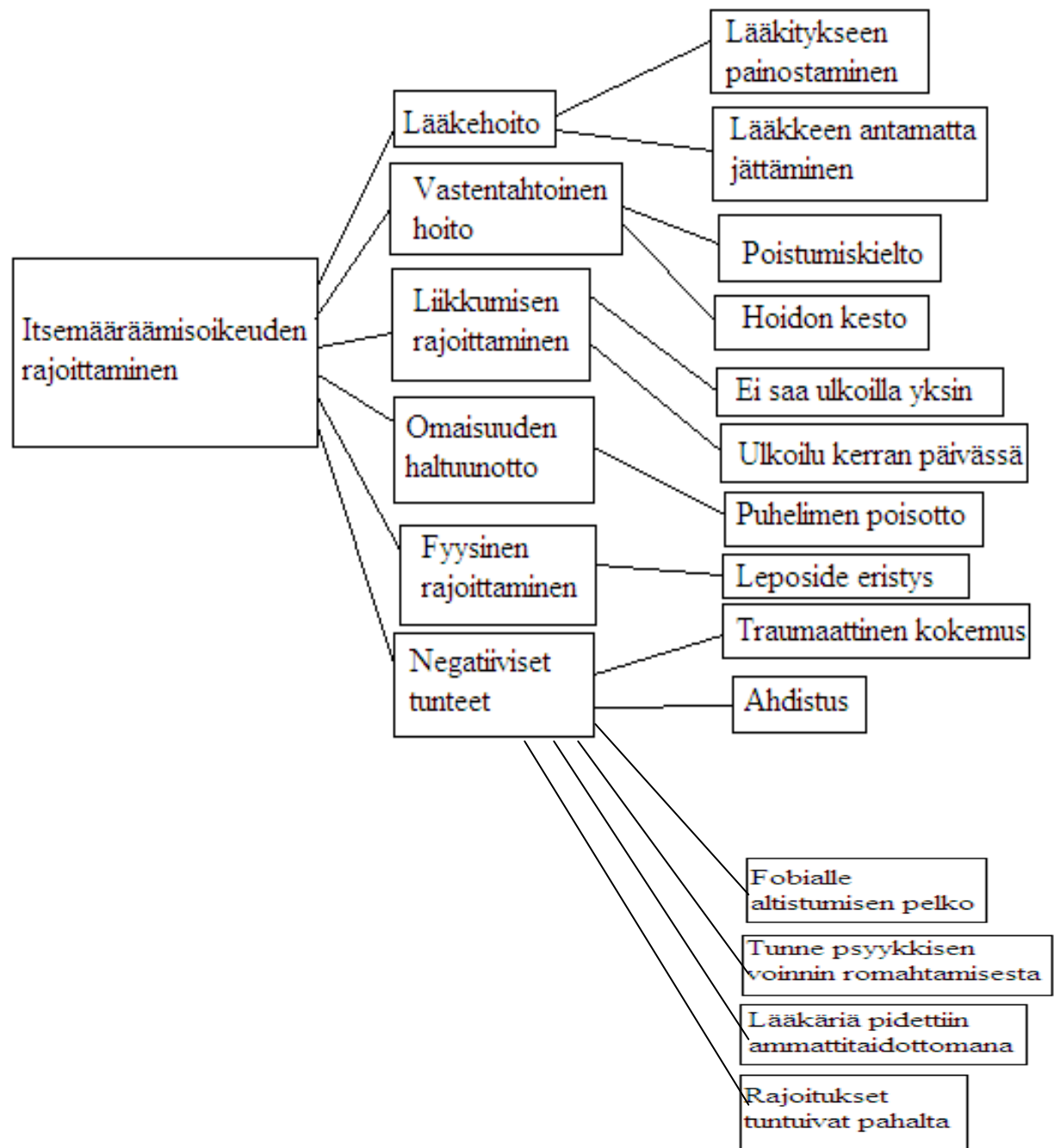
Erityisesti yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että hänen itsemääräämisoikeutensa oli toteutunut hyvin hoitojaksojen aikana: ”- - sikäli kun puhutaan yleensä tuosta itsemääräämisoikeudesta, niin ei sitä sillä lailla missään vaiheessa rajoitettu, olen aika hyvin saanut itse päättää - -” Vastaavasti yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että hänellä ei ollut minkäänlaista itsemääräämisoikeutta tahdosta riippumattoman hoitojakson aikana: ”Ei (toteutunut) mitenkään. Ei minulla ollut semmoista.”



Kaikki haastateltavat olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että niin sanotut jokapäiväiset toiminnot, kuten nukkuminen, syöminen ja henkilökohtainen hygienia, kuten peseytyminen ja pukeutuminen, toteutuivat pääsääntöisesti oman mielen mukaan, jokseenkin osaston aikataulujen puitteissa. ”Tietyt hiljaisuudet, mutta se milloin meni nukkumaan, oli ihan vapaaehtoista kyllä. Ei ois pakko ollut mennä syömäänkään.”

### **5.3 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen**

Viimeiseen tutkimustehtävään ”Millaisia kokemuksia psykiatrisessa laitoshoidossa olleilla potilailla on itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta?” vastaa kolmas pääluokka, itsemääräämisoikeuden rajoittaminen. Se koostuu kuudesta alaluokasta, jotka ovat lääkehoito, vastentahtoinen hoito, liikkumisen rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, fyysinen rajoittaminen ja negatiiviset tunteet. Lääkehoito tutkimukseen osallistuvien kuvausten perusteella merkitsi lääkitykseen painostamista ja lääkkeen antamatta jättämistä. Vastentahtoinen hoito tarkoitti poistumiskieltoa ja hoidon kestoa. Liikkumisen rajoittaminen kuvattiin niin, että ei saa ulkoilla yksin ja ulkoilua on kerran päivässä. Omaisuuden haltuunotto sisälsi puhelimen poisoton ja fyysinen rajoittaminen leposide-eristyksen. Negatiiviset tunteet merkitsivät traumaattista kokemusta, ahdistusta, fobialle altistumisen pelkoa, tunnetta fyysisen voinnin romahtamisesta, lääkärin ammattitaidottomuutta ja sitä, että rajoitukset tuntuivat pahalta (kuvio 5).



KUVIO 5. Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen. Pääluokka, alaluokat ja pelkistetyt ilmaukset

Rajoituksista kysyessäni jokainen haastateltava mainitsi lääkehoidon. Yksi haastateltava piti lääkehoitoa liiallisena, toinen taas täysin turhana. Molemmat olivat sitä mieltä,



että heitä painostettiin ottamaan lääkettä tahtonsa vastaisesti. ”Minut pumpattiin niin paljon lääkkeitä täyteen, että mulla meni puhekyky kolmeksi päivää. Siinä syytettiin ja minähän söin mitä käskettiin. Että liian kiltti. Suostuin vaan. ”

Sen sijaan yhden haastateltavan kokemus lääkityksestä oli päinvastainen. Hän koki, ettei aina saanut tarpeeksi lääkitystä hoitojaksojen aikana. Kokemukset liian vähäisistä lääkityksistä koskivat sekä pysyväislääkitystä että tarvittavien lääkkeiden saantia. ”Minulla oli kaikki omat reseptit mukana, ei minulla ollut hirveästi lääkkeitä mukana, mutta oli kaikki reseptit mukana. Se oli perjantai. Minä en saanut maanantaihin mennessä mitään lääkettä. Että vaikka oli reseptit lääkkeisiin, ne sano että minä en saa.”

Koska yhdellä haastateltavista oli kokemus tahdosta riippumattomasta hoidosta, muodostui yhdeksi alaluokaksi vastentahtoinen hoito. Haastateltava kuvaili, että häntä pidettiin hoidossa vasten tahtoaan ja se näkyi poistumiskieltona. Hän kertoi, ettei voinut vaikuttaa hoitojakson pituuteen: ”En saanut päättää siitä, olenko minä siellä vai en.”

Myös liikkumista osaston ulkopuolella rajoitettiin hoidon aikana. Haastateltavat kuvailivat liikkumisen rajoittamista muun muassa siten, että ulkoilla sai vain kerran päivässä. Myöskään aina ei ollut lupaa ulkoilla yksin vaan hoitajan kanssa. Oman haasteensa tähän toi se, ettei ulos lähtevää hoitajaa aina ollut helposti saatavilla. Yksi haastateltavista kuvaili kokemustaan tällä tavalla: ”Rupesin natisee kun aina varattu, varattu. Nyt pitää päästä. Pikkusenkaan ulkona niin pitää olla vartija mukana. Sitten pääsin ulos. Silloin ei ollut itsemääräämisoikeutta. ”

Oman osansa rajoituksiin toi myös omaisuuden haltuunotto. Haastateltavat kertoivat, kuinka heidän puhelimensa ja toisinaan myös muita henkilökohtaisia esineitä, kuten lompakko, otettiin haltuun osaston käytäntöjen mukaisesti. Yksi haastateltavista kuvaili, ettei hoitojakson alussa saanut soittaa omaisilleen. Muissa tapauksissa puhelimen sai tarvittaessa soittoa varten.

Yksi haastateltavista kohtasi hoitojaksonsa aikana myös fyysistä rajoittamista lepositeiden muodossa. Hän kuvaili, kuinka hänelle tuli lepositeissa kuuma, mutta hoito-



henkilökunta ei pyynnöstä huolimatta vähentänyt hänen runsasta vaatetustaan. Ker-  
tomansa mukaan hänellä ei myöskään ollut näköyhteyttä hoitajaan, ja hän koki tilan-  
teen kaiken kaikkiaan stressaavana.

Erittäin stressaava kokemus. Ei se mitään lepoa ollut. - - Mitä telkkarissa  
sanottiin vastaavasta tilanteesta, niin hoitajan pitää olla paikalla koko ajan.  
Minä olin noin yö kahdesta aamu kymmeneen lainausmerkeissä lepositeis-  
sä ja hoitaja kävi paikalla kolme kertaa.

Haastateltavat kuvasivat rajoitusten tuntuvan pahalta, ja ne saivat erityisesti yhden  
haastateltavan kokemaan paljon negatiivisia tunteita hoitojakson aikana. Tahdosta  
riippumattomassa hoidossa ollut haastateltava kuvaili, kuinka rajoitusten seurauksena  
hänen psyykkinen vointinsa romahti hoidon aikana. Hän tunsu pahaa oloa ja ahdistusta,  
jonka koki johtuvan turhasta lääkityksestä ja piti hoitojaksoa erittäin traumaattisena  
kokemuksena. Hän luonnehti sen aikaisia tuntemuksiaan muun muassa näin:

Sellainen tunne niin kuin minut olisi jatkuvasti koko sen ajan altistettu fobi-  
alle. Eli jos pelkää käärmaitä, niin olisit joutunut kokoajan elämään siellä  
käärme terraariossa. Se tuntui suunnilleen siltä. Siksi mä sanon että se oli  
äärimmäisen traumatisoiva kokemus.

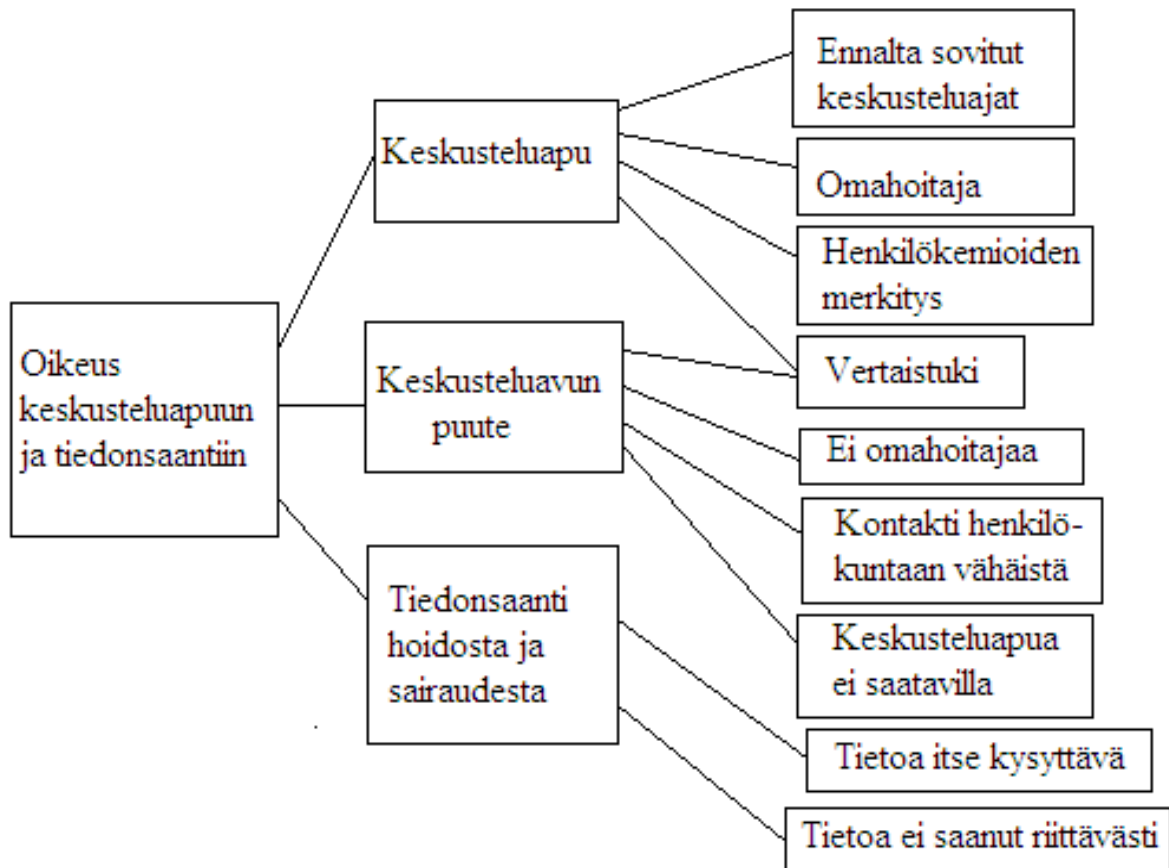
Myöskään lääkäriin ei aina oltu tyytyväisiä. Kaksi haastateltavaa kuvaili hoitojaksolla  
tapaamaansa lääkäriä ammattitaidottomaksi. Molemmissa tapauksissa haastateltavat  
pitivät ammattitaidottomana lääkäriä, joka oli määrännyt heille rajoituksia. Toinen  
haastateltavista ei ollut tyytyväinen lääkärin määräämään lääkitykseen ja kuvaili lääkä-  
rin mainetta huonoksi. Toisen haastateltavan mukaan hänet tarkkailuun ottanut lääkäri  
oli kertonut hänelle, että on vielä opiskelija ja ettei hänellä olisi valtuuksia tehdä pää-  
töksiä.

#### **5.4 Oikeus keskusteluapuun ja tiedonsaantiin**

Tutkimustehtävien ulkopuolelta yhdeksi pääluokaksi nousi oikeus keskusteluapuun ja  
tiedonsaantiin. Se koostuu kolmesta alaluokasta, jotka ovat keskusteluapu, keskustelu-  
avun puute ja tiedonanto hoidosta ja sairaudesta. Keskusteluapu merkitsi tiedonanta-



jille ennalta sovittuja keskusteluajkoja, omahoitajaa, henkilökemioiden merkitystä ja vertaistukea. Keskusteluavun puute tarkoitti myös vertaistukea ja sitä, ettei ollut omahoitajaa, keskusteluapua ei ollut saatavilla ja vähäistä kontaktia henkilökuntaan. Tiedonsaanti hoidosta ja sairaudesta merkitsi sitä, että tietoa oli itse kysyttävä ja tietoa ei saanut riittävästi. (kuvio 6.)



KUVIO 6. Oikeus keskusteluapuun ja tiedonsaantiin. Pääluokka, alaluokat ja pelkistetyt ilmaukset

Haastateltavien saama keskusteluapu hoitojaksolla vaihteli. Yksi haastateltava oli tyytyväinen saamansa keskusteluavun määrään. Hän kuvaili, että hoitojaksojen keskusteluajat ovat ennalta sovittuja omahoitajan kanssa ja että tarvittaessa olisi saanut enemmänkin keskustella, mutta hän ei kokenut siihen tarvetta. Toinen haastateltava koki, että osastolla oli kyllä saatavilla keskusteluapua, mutta sitä täytyi yleensä itse



pyytää, ja mikäli omahoitaja ei ollut paikalla, ei keskusteluapua järjestynyt. Hän painotti myös henkilökemioiden merkitystä itsensä ja omahoitajan välillä.

Osastolla se on ollut kaikkein parhaiten saatavissa kuitenkin. Sielläkin taas kerran on paljon siitä kiinni kummoisen omahoitajan saa. Että on ollut todella loistava, joka on kuunnellut ja antanut palautetta siihen mitä määsannon, mutta sitten on ollut myös sitä hyvää päivää kirvesvartta, että ei ole puhuttu samasta asiasta ollenkaan.

Yhdellä haastateltavalla ei ollut omahoitajaa hoitajakson aikana. Hän kertoi, ettei saanut minkäänlaista keskusteluapua ja että kontakti henkilökuntaan oli hyvin vähäistä jakson aikana. Hänen mukaansa henkilökunta oli kehottanut puhumaan toisille potilaille.

Kontakti toisiin ihmisiin siellä oli erittäin minimaalista. Ei minulle välttämättä edes puhuttu päiväkausiin siellä. Olisin ehdottomasti halunnut mitä tahansa ihmiskontaktia, mutta minä en osannut enkä halunnut niille toisille potilaille siellä puhua.

Yksi haastateltavista taas nosti toisille potilaille puhumisen esille positiivisessa mielessä. Hän kuvasi vertaistukea äärimmäisen tärkeäksi mutta henkilökemioilla olevan siinä merkitystä: "Äärimmäisen tärkeää. Ne tietää miltä tuntuu. Riippuu minkälaiset kaverit sattuu."

Haastateltavista kaikki olivat sitä mieltä, ettei hoitohenkilökunta antanut heille riittävästi tietoa heidän hoidostaan ja sairaudestaan. Haastateltavista kaksi oli sitä mieltä, että tiedonsaanti oli parempaa myöhemmillä hoitajaksoilla kuin ensimmäisillä. Molemmat olivat myös sitä mieltä, että tietoa joutui itse kysymään ja tiedonsaanti oli parempaa silloin, kun kysyi itse. "Ensimmäisellä kerralla ei uskaltanut oikein kysyä. Tai tyytyi siihen. Toisella kertaa puhuttiin ihan avoimesti sitten." "Osastolla yleensä löytyy kun aikansa kyselee, niin semmoinen hoitaja ja jopa lääkäri, joka sanoo että missä mennään. Se on ollut tosiaan siitä kiinni, että on pystynyt vaatimaan sitä tietoa. Se on ollut siinä niin tärkeätä, että on tiennyt mitä tapahtuu."



## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten vertaaminen aiempiin tutkimustuloksiin ja kirjallisuuteen

Tämä tutkimus antaa suppean kuvan psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden kokemuk-  
sista itsemääräämisoikeudesta laitoshoidon aikana. Koska tutkimustulokset koostuvat  
kolmen henkilön haastatteluista, eivät ne ole valtakunnallisesti mitenkään mittavat.  
Kyseessä on kuitenkin yksilön kokemukseen painottuva laadullinen tutkimus, ja näin ol-  
len jokainen kokemus on merkittävä. Huomattavaa on myös se, että tutkimus tukee  
omalta osaltaan aikaisempia vastaavanlaisista tutkimuksista saatuja tuloksia.

Pakko- ja rajoitustoimenpiteiden sekä tahdosta riippumattoman hoidon määrissä on  
huomattu olevan suuria alueellisia ja sairaanhoitopiirin välisiä eroja. Ne selittyvät  
enimmäkseen hoitokulttuurien, tapojen ja menetelmien eroilla. (Pajukoski 2010, 77.)  
Vuosina 2008–2009 arvioitiin kuuden Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla sijaitsevan mie-  
lenterveys- ja päihdeyksikön potilaiden sosiaalista osallistumista, inhimillistä kohtelua  
ja kuntoutumisen tukemisen ja asumisen laatua osana kuudentoista Euroopan maan  
ITHICA-hanketta. Mukana oli kaksi psykiatrista osastoa, joiden arviot erosivat toisistaan  
kaikilla osa-alueilla. Kaiken kaikkiaan kuutta yksikköä tarkasteltaessa oltiin tultu siihen  
johtopäätökseen, ettei yksiköiden merkittäviä eroja voinut selittää eikä perustella poti-  
laiden tai asiakkaiden sairastavuudella eikä kuntoutumisen asteella. (Salo 2010, 8, 38–  
42.)

Raittiin pro gradu -tutkielman mukaan haastateltavilla oli paljon myönteisiä kokemuk-  
sia itsemääräämisoikeuden säilyttämisestä psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Itse-  
määräämisoikeutta rajoitti haastateltavien mielestä tiedon puute. (Raitis 1991.) Sen si-  
jaan Syrjäpalon (2006) mukaan itsemääräämisoikeus koettiin yleisesti tyydyttäväksi.  
Sunnarin tutkimuksen mukaan potilaiden itsemääräämisoikeus toteutui parhaiten sil-  
loin, kun potilaalla oli edellytyksiä oman arkielämänsä hallintaan. Potilaan ja hoitajan  
keskinäisessä vuorovaikutuksessa itsemääräämisoikeus toteutui aktiviteetteina, jotka



kuvattiin parhaiten neuvottelumahdollisuutena ja tiedon saantina. Parhaiten itsemääräämisoikeus toteutui jokapäiväisten tarpeitten alueella. (Sunnari 1993.)

Sunnarin (1993) tiedonantajien tapaan tämän tutkimuksen haastateltavat kertoivat itsemääräämisen toteutuvan jokapäiväisten toimintojen alueella ja pitivät tiedonsaantia äärimmäisen tärkeänä, joskin puutteellisena. Puutteellisena tiedonsaantia pidettiin myös Hahtala-Koposen sekä Syrjäpalon tutkimuksissa. Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa henkilökunta arvioi potilaiden tiedonsaannin paremmaksi kuin potilaat itse. Myös Hahtala-Koposelle (2005) kuvailtiin oman tahdon kunnioittamisen olevan puutteellista ja tiedonsaannin helpottavan, jos sitä osasi itse kysyä. Mielipiteet keskusteluavun saannista ja vertaistuen merkityksestä vaihtelivat tässä tutkimuksessa. Toisessa tutkimuksessa muiden potilaiden vertaistuki koettiin tärkeänä ja keskusteluavun katsottiin olevan saatavilla tarvittaessa. (Lemmetyinen & Päijänen 2006.)

Kuten tässäkin tutkimuksessa, selvimmin negatiivisia kokemuksia aiheuttivat rajoitukset, kuten pakkolääkitseminen, liikkumisen- ja yhteydenpidon rajoittaminen ja eristys. (Raitis 1991; Kuosmanen 2003.) Rajoitustoimenpiteitä luonnehdittiin ahdistaviksi sekä tarpeettomiksi, mikä ilmenee myös tässä tutkimuksessa (Kuosmanen 2003). Rajoituksen on koettu vähentävän myös yksityisyyden toteutumista (Hahtala-Koponen 2005).

## 6.2 Luotettavuus

Koska tutkimus on laadullinen ja pohjautuu yksilöllisiin kokemuksiin, on tutkimuksen luotettavuutta vaikea mitata. Kuitenkin luotettavuutta ja pätevyyttä tulee jollain tavalla kyetä arvioimaan. Hirsjärvi ym. (2007, 227.) viittaa Janesickiin (2000, 393), jonka mukaan ydinasioita laadullisessa tutkimuksessa ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta kohentaa tutkimuksen luotettavuutta. Hirsjärven ym. (2007, 227) mukaan haastattelututkimuksessa voidaan kertoa aineiston keräämisen olosuhteista ja paikoista, haastatteluihin käytetystä ajasta, mahdollisista häiriötekijöistä, haastattelujen virhetulkinnoista ja tutkijan omasta itse arvioinnista.



Näin ollen pyrin kuvaamaan tutkimusprosessin mahdollisimman tarkasti. Kuvailin tutkimuksen toteutus -luvussa sekä omissa oppimiskokemuksissa tutkimusprosessin kulua ja etenemistä, siihen käytettyä aikaa, paikkoja, tutkimuksen teon mukanaan tuomia haasteita ja niistä selviytymistä. Tämän tutkimuksen kohdalla luotettavuutta voidaan mitata myös sillä, että haastattelukysymykset olivat tutkittavan ilmiön kannalta oleellisia ja haastateltavat olivat asiantuntevia tiedonantajia, eli psykiatrisessa laitoshoidossa olleita henkilöitä.

Pyrin vahvistamaan tämän tutkimuksen luotettavuutta mahdollisimman taitavalla analysoinnilla. Käyttämäni suorat lainaukset lisäävät luotettavuutta, sillä ne selkeyttivät tutkimustuloksia ja analyysin vaiheita tutkimuksen lukijalle. Haastattelujen lisäksi myös muu ilmiöstä kerätty tieto lisää luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tutkimustulokset olivat samankaltaisia muiden samankaltaisten tutkimusten kanssa. Suurin painoarvo on kuitenkin ihmisten yksilöllisellä kokemuksella, joten tulokset voivat olla myös osittain ristiriidassa keskenään ja luotettavuus säilyy silti.

### 6.3 Eettisyys

Tutkimuksen teossa oli otettava huomioon myös eettiset kysymykset. Mielenterveys- hoitoalan työntekijöille on olemassa omat eettiset periaatteet, joita noudatin sovelletuna myös tätä tutkimusta tehdessä (Suomen Mielenterveysalan liitto ry. Hakupäivä. 8.1.11). Haastattelutilanteissa kunnioitin haastateltavien ihmisarvoa ja pyrin toimimaan niin, että haastateltavat vastaisivat kysymyksiini mahdollisimman avoimesti. Tilanteessa olin rauhallinen, esitin selkeitä kysymyksiä ja annoin haastateltaville aikaa miettiä vastaustaan ja vastata rauhassa. Tällä tavoin tavoittelin sitä, että tilanne olisi mahdollisimman luonnollinen ja ettei minun ja haastateltavien välillä olisi jännitteitä. Tavoitteenani oli myös näin ollen tukea haastateltavia kertomaan vaikeistakin asioista, ja mielestäni haastattelutilanteet onnistuivat toivomallani tavalla.

Tein haastateltaville selväksi, että heillä on mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta kysymyksiin ja että kerään heiltä vain tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Tutkimustulokset ja suorat lainaukset esitin niin, etteivät tutkittavat ole niistä tunnistettavissa. En



ole myöskään puhunut haastatteluiden sisällöstä kenellekään. Nämä takaavat sen, että onnistun säilyttämään salassapitovelvollisuuteni ja tutkimukseen osallistumisesta ei koidu haastateltaville haittaa.

Haastattelemalla kerättyä aineistoa käsittelin luottamuksellisesti, ja sen käsittelyyn osallistuin ainoastaan minä itse. Tutkimuksen analyysistä kävin keskustelua Oulun seudun ammattikorkeakoulua edustavan ohjaavan opettajan kanssa siinä vaiheessa, kun aineisto oli jo muutettu pelkistetyiksi ilmauksiksi. Esitin tutkimustulokset mahdollisimman totuudenmukaisesti.

Haastatteluiden äänittämiseen käytetty nauhuri oli lainassa Oulun seudun ammattikorkeakoululta. Äänitetyt haastattelut siirsin äänittämiseen käytetystä nauhurista suoraan omalle tietokoneelleni ja poistin nauhurista välittömästi tämän jälkeen. Äänitteet ja auki kirjoitetut haastattelut ovat olleet vain henkilökohtaisella tietokoneellani ja henkilökohtaisella muistitikullani, eikä niihin ole ollut pääsyä kenelläkään muulla. Analyysin teon jälkeen hävitin haastattelut asianmukaisesti poistamalla ne sekä omalta tietokoneeltani että muistitikultani.

Tutkimusluvan (liite 1) tälle tutkimukselle antoi Hyvän mielen talon toiminnanjohtajan sijainen Päivi Isojärvi, ja tutkittavat itse antoivat oman suostumuksensa. Tutkimuksen tiedotteen saannin (liite 2) lisäksi jokaisen haastateltavan kanssa kirjoitettiin ennen haastattelun alkua erillinen suostumuslomake (liite 3) tutkimukseen suostumisesta, aineiston käytöstä, nimettömyydestä, suorista lainauksista ja osallistumisen perumisesta tarvittaessa. Suostumuslomakkeita tehtiin kaksi samanlaista, joista toinen jäi haastateltavalle ja toinen tutkimuksen tekijälle eli minulle.

Jokainen haastateltava antoi luvan käyttää suoria lainauksia. Jokaisella haastateltavalla oli myös mahdollisuus perua osallistumisensa missä vaiheessa tahansa, kuitenkin niin että viimeinen peruutuspäivä oli noin puoli vuotta haastatteluiden jälkeen (31.8.2012) siitä syystä, että oletetusti tämän jälkeen aineiston analyysi olisi mahdollisesti jo ollut valmis. Toki olisin ottanut mahdollisen peruuttamisen vastaan myös tuon päivän jälkeen niin pitkälle, kunnes tutkimus valmistui. Kukaan tutkittavista ei kuitenkaan peru-



nut osallistumistaan, ja näin ollen sain käyttää analysoinnissa koko aineistoa alusta loppuun saakka.

#### **6.4 Tutkimuksen tekemiseen liittyvää pohdintaa ja omat oppimiskokemukset**

Opinnäytetyö on ollut aikaa vievä prosessi, jota valmistelin yli kahden vuoden ajan. Tämä tutkimus merkitsi minulle oppimiskokemusta, josta on ammatillista hyötyä. Sain perehtyä aiheeseen syvällisesti, sain kokemusperäistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä, harjoitusta vuorovaikutuksesta mielenterveyskuntoutujien kanssa ja kokemusta kvalitatiivisen tutkimuksen teosta.

Tämän opinnäytetyön aihe oli pyörinyt mielessäni jo ennen opintojen alkua. Aihe kiinnostaa minua itseäni kovasti, ja sen takia valitsin sen. Aiheen valinnan jälkeen alkoi aiheeseen perehtyminen, joka jatkui opinnäytetyöprosessin loppuun saakka. Minulla oli jo ennestään aika kattavasti tietoa asiasta, mutta opinnäytetyötä varten perehdyin kirjalliseen tietoon psykiatrisesta potilaasta, itsemääräämisoikeudesta ja ennen kaikkea nämä kaksi asiaa yhdistävään lain määrittämään itsemääräämisoikeuteen ja sen rajoittamiseen psykiatrisella potilaalla.

Kokemusperäistä tietoa ei kuitenkaan löydy lakipykälistä eikä juuri kirjallisuudestakaan. Sen vuoksi halusin toteuttaa tämän tutkimuksen ja kuulla asianomaisten eli psykiatriassa hoidossa olleiden ajatuksia aiheesta. Koska aihetta on tutkittu jonkin verran jo ennestään, perehdyin myös aikaisempiin tutkimuksiin.

Yksi suurimmista oppimiskokemuksistani oli laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen tekoon perehtyminen. Ennen opinnäytetyöprosessin alkua minulla ei ollut mitään tietoa erilaisista tutkimusmenetelmistä. Opin laadullisen tutkimuksen kriteereistä, erilaisista aineiston keruu menetelmistä (erityisesti käyttämästäni teemahaastattelumenetelmästä) ja aineistolähtöisestä sisällön analyysistä.

Ensimmäiseksi haasteeksi opinnäytetyössä nousi yhteistyökumppanin löytäminen. Tarvitsin yhteistyökumppaniksi tahon, jonka kautta saisin tiedonantajia, joita haastatella.



Aluksi yritin lähestyä sähköpostitse sairaanhoitopiirin psykiatristen osastojen ylihoitajaa ja saada sitä kautta yhteistyökumppaniksi jonkin psykiatrisen osaston. Sähköpostiviesteihini ei kuitenkaan koskaan vastattu. Silloin keksin olla yhteydessä Mielenterveyden keskusliitto ry:n sen aikaiseen toiminnanjohtajaan, joka ohjasi minua ottamaan yhteyttä Hyvän mielen talo ry:n toiminnanjohtajaan. Näin sain Hyvän mielen talo ry:stä yhteistyökumppanin, jonka avulla haastateltavat tiedonantajat löytyivät. Yhteistyökumppanin etsintä oli aivan uusi kokemus, samoin tutkimusta varten haastattelemisen. Haastatteluiden aikana sain lisäkokemusta vuorovaikutuksesta haastattelutilanteissa sekä vuorovaikutuksesta mielenterveys kuntoutujien kanssa. Sain myös kokemusta äänittävän nauhurin käytöstä, sillä en ollut käyttänyt sellaista koskaan aiemmin.

Minut yllätti se, kuinka kauan opinnäytetyön tekeminen ajallisesti kestää. Opin aikataulujen suunnittelua ja kärsivällisyyttä, sillä aina asiat eivät edenneet haluamallani aikataululla. Tämä johtui tietysti siitä, että niin haastateltavilla kuin yhteistyökumppanin edustajalla ja ohjaavilla opettajilla oli tietysti omat aikataulunsa. Tosin en osannut itsekkään aina pitää kiinni omasta aikataulustani, ja tästä syystä opinnäytetyön vaiheiden loppuun saattamisessa tuli usein kiire. Siitä opinkin sen, että kannattaa varata hyvin aikaa jokaisen opinnäytetyövaiheen toteuttamiseen.

Hyödyllisimpänä oppimiskokemuksena pidän kokonaisuudessaan tästä työstä saamaani ammatillista hyötyä tulevaa psykiatrisen sairaanhoitajan työtäni varten. Ammatillisena hyötynä pidän kokemusta vuorovaikutuksesta mielenterveyskuntoutujien kanssa ja tutkittavasta ilmiöstä saamaani tietoa. Ennen kaikkea pidän hyödyllisenä samaani kokemuseräistä tietoa, koska se antoi minulle tietoa siitä, miten hoidossa oleva potilas kokee oman tilanteensa. Se myös muistuttaa siitä, että hoitajan ja potilaan näkemys asioista voi olla hyvinkin erilainen.





## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Koska tutkimustuloksista käy selville hoidossa olleiden kokevan, että itsemääräämisoikeudessa on osittain puutteita, olisi jatkossa hyvä tutkia enemmän myös hoitohenkilökunnan ajatuksia samasta aiheesta ja verrata tuloksia keskenään. Aihetta on aiemmin tutkinut Syrjäpalo (2006), joka totesi Oulun Yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikalla potilaiden oikeuksien toteutuvan vaihtelevasti ja henkilökunnan antavan potilaita myönteisimpiä arvioita potilaiden oikeuksien toteutumisesta. Oikeuksien toteutumisen tutkiminen oli kuitenkin vain pieni osa Syrjäpalon tutkimusta, ja jatkossa voisikin keskittyä tutkimaan juuri potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista henkilökunnan näkökulmasta laadullisin menetelmin ja verrata saatuja tuloksia tutkimustuloksiin, jotta on saatu haastattelemalla hoidossa olleita potilaita samasta aiheesta. Aihetta voisi tutkia myös havainnointitutkimuksen menetelmin psykiatrisessa sairaalassa, jolloin saataisiin myös tietoa siitä, toteutuvatko potilaan oikeudet lain mukaisesti.

Keskusteluapua ja tiedonsaantia pidetään tärkeänä osana hoitoa. Näin ollen voisikin jatkossa tutkia sitä, minkälaisesta keskusteluavusta hoidossa olleet kokevat hyötyvänsä ja millainen tiedonsaanti on laadukasta ja riittävää. Jokainen tiedonantaja nosti esille myös lääkityksen haastatteluiden aikana, ja minulle tuli mieleen ajatus siitä, että olisi mahdollisesti aiheellista tutkia myös sitä, minkälaisia tunteita psyykelääkkeiden käyttö herättää lääkkeen käyttäjissä ja mitkä seikat motivoivat käyttämään psyykelääkkeitä.



## LÄHTEET

Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999.

Hahtala-Koponen, M. 2005. Yksityisyys psykiatrisessa sairaalahoidossa suljetulla osastolla olevien potilaiden kuvaamana. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. 1999. Rajoitetaanko rajoittamista –eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Terveystieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kuosmanen, L. 2003. Vapauden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa: Potilaan näkökulma. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lemmetyinen, L. & Päijänen, P. 2006. ”Jotenkin kun puhuu toisten kanssa, se parantaa itsetuntoa”. Potilaiden ja hoitajien näkemyksiä mielenterveyshoitotyön auttamismenestelmistä ja kehittämishaasteista psykiatrisella osastolla. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. 1-3. paino. Helsinki: WSOY.



Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. 2007. Psykiatria. 5. paino. Jyväskylä: DUODECIM.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Pajukoski, M. (toim.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät –työryhmä Raportti III. 1. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Pylkkänen, K., Eskola, J. & Hemmi, A. 2010. Pakon käyttö psykiatriassa – lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? Lääkärilehti. 41.

Salo, M. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemuservioinnin kohteina. ITHICA-hankkeen Suomen raportti. 1. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveyspalvelut. 5.6.2012. Hakupäivä 25.11.12.

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut)

Suomen Mielenterveyshoitoalan Liitto ry. Hakupäivä 8.1.2011.  
[www.smthl.net/erityispatevyyssuunnos.ppt](http://www.smthl.net/erityispatevyyssuunnos.ppt)

Stakes. Wahlbeck, K. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Mielenterveyspalvelut. Hakupäivä 25.11.2012.

[http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus\\_2007\\_Wahlbeck.pdf](http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus_2007_Wahlbeck.pdf)

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu: Oulun yliopisto.



Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.



## LIITTEET

### LIITE 1

OULUN SEUDUN  
AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI JA TERVEYSALAN YKSIKKÖ  
PROFESSORINTIE 5, 90220 OULU  
www.oamk.fi

Liite 1

**OPINNÄYTETYÖN LUPAPYYNTÖ YHTEISTYÖTAHOLLE**

1. **Yhteistyötaho**  
Hyvän mielen talo ry
  
2. **Opinnäytetyön tarkoitus**  
Opinnäytetyön tarkoituksena on laadullisen tutkimuksen keinoin kuvata psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista hoitonsa aikana. Tavoitteena on tuottaa kokemuksellista ja kuvailevaa tietoa itsemääräämiseen liittyen hoidossa olleiden henkilöiden itsensä näkökulmasta.
  
3. **Opinnäytetyön kohderyhmä tai aineisto**  
Tiedonantajina toimivat psykiatrisessa laitoshoidossa olleet henkilöt. Tiedonantajat hankitaan tutkimustiedotteiden avulla, joita jaetaan sähköpostitse mielenterveyskuntoutujille Hyvän mielen talo ry:n yhteyksiä käyttäen sekä Hyvän mielen talon ilmoitustaululla.
  
4. **Aineiston keruumenetelmä**  
Teemahaastattelu
  
5. **Aineiston keruun ajankohta**  
Maaliskuu- Toukokuu 2012
  
6. **Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta**  
Lokakuu 2012
  
7. **Opinnäytetyön luvan anojat**  
Nimi ja osoite, puhelin ja email  
  
Netta Mursu  
  
Koulutusohjelma  
Hoitotyön koulutusohjelma, OAMK.  
  
Nimi  
  
Koulutusohjelma  
  
Nimi  
  
Koulutusohjelma



OULUN SEUDUN  
AMMATTIKORKEAKOULU



SOSIAALI- JA TERVEYSALAN YKSIKKÖ  
PROFESSORINTIE 5, 90220 OULU  
www.oamk.fi

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty

Päiväys

2012 2012

Suunnitelman hyväksyjä

Nimi

Seija Mattila

Seija Mattila

Koulutus ja virka-asema

TtT, Lehtori

Nimi

Kaisa Koivisto

Kaisa Koivisto

Koulutus ja virka-asema

TtT, Yliopettaja

Allekirjoitukset:

Lupa opinnäytetyöhön

- ☒ hakemuksen mukaisena  
☐ seuraavin muutoksin

☐ hakemus on hylätty

Luvan antaja osallistuu kustannuksiin

- ☐ kyllä anomuksen mukaan  
☐ muuten. Kuvaus osallistumisesta

☒ ei

Päiväys

8.3.2012

Nimi ja allekirjoitus

Taina Isjärvi

Taina Isjärvi



OULUN SEUDUN  
AMMATTIKORKEAKOULU



SOSIAALI- JA TERVEYSALAN YKSIKKÖ  
PROFESSORINTIE 5, 90220 OULU  
www.oamk.fi

Koulutus ja virka-asema

KM, Toiminnanjohtaja (sijo.)

Nimi ja allekirjoitus

Koulutus ja virka-asema

Opinnäytetyön suunnitelma liitteenä  
Opinnäytetyö toimitetaan luvan myöntäjälle.



## Toteutuivatko oikeutesi laitoshoidossa? Kerro kokemuksesi.

Haluaisitko sinä kertoa omat kokemuksesi psykiatrisesta laitoshoidosta? Nyt siihen on mahdollisuus.

Olen sairaanhoitaja opiskelija Oulun seudun ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyönä tutkimusta aiheesta *Laitoshoidossa olleiden psykiatrysten potilaiden kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta*. Tarvitsen tutkimusta varten muutaman haastateltavan, jolla on omakohtainen kokemus psykiatrisesta laitoshoidosta. Tarkoituksena on kartoittaa, miten itsemääräämisoikeutesi on toteutunut hoidon aikana.

Ei ole merkitystä, milloin olet ollut hoidossa tai missä. Kaikki kokemukset ovat tärkeitä. Olen kuitenkin erityisesti kiinnostunut kuulemaan myös sellaisista kokemuksista, joissa hoitoon on sisältynyt pakkoa, kuten pakkohoitoa tai eristystä.

Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Hyvänmielen talo ry ja Mielenterveyden keskusliiton kanssa. Haastattelu tapahtuisi kevättalven aikana Hyvänmielen talolla tai halutesasi kotonasi kasvotusten sellaisena ajankohtana, mikä sinulle itsellesi sopii. Tutkimusaineisto käsitellään nimettömänä, eikä sinua voida siitä tunnistaa. Tutkimus valmistuu syksyn 2012 aikana ja voit myös halutessasi perua osallistumisesi sitä ennen missä vaiheessa tahansa.

Mikäli olet kiinnostunut osallistumaan ja tulemaan haastateltavaksi tai haluat lisätietoa tutkimuksesta, ota minuun yhteyttä sähköpostilla tai puhelimitse.

Talvisin terveisin:

Netta Mursu

p. 040 1293453

[netta\\_mursu@hotmail.com](mailto:netta_mursu@hotmail.com)





LIITE 3

# TIEDONANTAJAN SUOSTUMUS AINEISTON KERUUTA VARTEN

## 1. Opinnäytetyön tekijä

Netta Mursu, sairaanhoitaja opiskelija, Oulun seudun ammattikorkeakoulu

## 2. Aineiston keruu

Aika ja paikka:

Menetelmät:

Haastattelu

Äänitettynä ☐

Ei äänitettynä ☐

## 3. Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksen tavoitteena on saada kokemusperäistä yksittäistä tietoa psykiatrinen potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta laitoshoidossa. Tieto auttaisi ymmärtämään psykiatrisen potilaan asemaa ja oikeuksia, sekä kehittämään ammattiosaamista ja sitä myöten psykiatrista hoitoa. Hyvän mielen talo ry ja Mielenterveyden keskusliitto voivat hyödyntää tutkimustuloksia tarvittaessa myöhemmin.

## 4. Suorien lainausten käyttö

Suorat lainaukset tarkoittavat tutkimuksen loppuraportissa olevia lauseita, jotka on suoraan kopioitu tiedonantajan sanomisista. Tutkimuksen loppuraportissa käytetään kuitenkin vain sellaisia suoria lainauksia, joista ei voi tunnistaa ketään.

Sanomisiani saa käyttää suorissa lainauksissa

☐

Sanomisiani ei saa käyttää suorissa lainauksissa

☐

Opinnäytetyön tiedonantajana oleminen on täysin vapaaehtoista. Yksityisiä henkilöitä ei voi tunnistaa tutkimusraportista, eikä heidän nimeään tulla julkaisemaan missään vaiheessa. Tutkimukseen osallistumisen voi perua 31.8.2012 mennessä ilmoittamalla perumisesta opinnäytetyön tekijälle.

Suostun edellä mainittuihin aineiston keruumenetelmiin.

Aika:

Osallistujan nimi: